

㊦ 子育て支援医療費支給申請書

受付印

年 月 日		(あて先) 久御山町長		住所 久御山町		申請者 (保護者) 氏名		電話() —		乳幼児、児童、 生徒又は高校生等 との続柄 ()		
入院分		年 月		外来分		年 月		子育て支援医療費の支給を申請します。		()		
下記のとおり、		年 月		外来分		年 月		子育て支援医療費の支給を申請します。		()		
乳幼児、児童、 生徒又は高校生等	氏 名					加 入 保 険	記 号・番 号					
	生 年 月 日	年 月 日					被 保 険 者 氏 名					
	住 所	久御山町					番 号					
	受 給 者 番 号											
医療を受けた病院										科		
申 請 事 由		1 京都府外の受診のため				2 受給者証交付前の受診のため				3 その他()		
医 療 機 関 等 記 入 欄	受領証(総点数は保険診療分についてのみ記入)										年 月診療分	
	受 診 者 名			診 療 区 分	医科・歯科・調剤・その他()		入院・入院外の別		入院・入院外			
	総 点 数	点	公費負担分		() 点		診 療 実 日 数		日			
			受 領 額		円		負 担 率		割			
	上記のとおり診療し、自己負担額 を受領しました。		年 月 日		所在地 医療機関 名 称		氏 名		㊦			
(注) レセプト単位で作成してください。												
備 考	〈受領方法〉											
	<input type="checkbox"/> 振込	→	金融機関名		支店名		口座 (フリガナ)		口座種別 { 普通 }		口座番号	
				名義人 (漢字)		口座種別 { 当座 }						

- ・この申請書は1か月ごと、入院・外来ごとに必要です。
- ・受領証欄は医療機関等で記入してもらってください。(ただし、同様の内容が記載された領収書を添付できる場合は記入不要です。)
- ・申請の際には必ず健康保険証を持参してください。